

# **Blåskontroller AnOpIVA kliniken – Barn upp till 12 år**

Förändringar sedan föregående version  
Ny klinikövergripande rutin för blåskontroller av barn upp till 12 år.

## Innehållsförteckning

<b><u>Denna rutin gäller för</u></b> .....	<b>2</b>
<b><u>Ansvar</u></b> .....	<b>2</b>
<b><u>Bakgrund</u></b> .....	<b>2</b>
<b><u>Syfte</u></b> .....	<b>2</b>
<b><u>Utförande</u></b> .....	<b>2</b>
<b><u>Beräkna barns blåsvolym</u></b> .....	<b>2</b>
<b><u>På operationsavdelningen</u></b> .....	<b>3</b>
<b><u>På uppvakningsavdelningen</u></b> .....	<b>3</b>
<b><u>På IVA och IMA</u></b> .....	<b>4</b>
<b><u>Utförande av urintappning/KAD barn</u></b> .....	<b>4</b>
<b><u>Källförteckning</u></b> .....	<b>6</b>

## Denna rutin gäller för

All personal på AnOpIVA kliniken.

## Ansvar

KAD/urintappning på barn är en läkarordination. Ansvarig sjuksköterska samråder med narkosläkare.

## Bakgrund

Barns urinproduktion ska övervakas i samband med operation och intensivvård. Normal urinproduktion hos barn är 1-2 ml/kg/h och bör ej understiga 0,5 ml/kg/h.

Barn som genomgår operation har en ökad risk för blåsoverfyllnad och svårigheter att tömma blåsan. Smärta, stress och sängläge försvårar urintömningen och vissa har stora blåsvolymer redan innan operationsstart. Blåsoverfyllnad kan ha en skadlig inverkan på blåsans framtida funktion. För att undvika komplikationer behövs rutiner för blåsovervakning och katetersättning. Urinvägsinfektion är en av de vanligaste vårdrelaterade infektionerna och kateterbehandling ska utföras med säker metod.

Denna rutin innefattar bedömning av blåsfunktion, tappning och katetersättning hos barn upp till 12 år i samband med operation och intensivvård.

## Syfte

Att skapa säkra rutiner för att minimera risker och komplikationer på klinikens alla avdelningar.

## Utförande

### Beräkna barns blåsvolym

Barns blåsvolym beräknas med formeln: **(Ålder + 1 x 30)**.

Exempel:  $(10 \text{ år} + 1) \times 30 = 330 \text{ ml}$ . Formeln används upp till 12 år.

Vid 12-14 års ålder har blåsan uppnått en vuxen persons blåsvolym = 350-500 ml.

## På operationsavdelningen

### **Preoperativt**

Barn ombeds gå på toaletten före operation. Preoperativ bladderscan behöver ej göras på barn under 12 år före anestesistart.

KAD övervägs vid längre ingrepp över 3 timmar. För barn får man göra individuella bedömningar baserat på ålder, ingrepp och vätskebehandling. Barn kan ha svårt att kissa pga. oro, smärta och premedicinering. Har barnet blöja kontrolleras den efter induktion.

### **Peroperativt**

Bladderscan ska kontrolleras **på alla barn:**

- Efter anesthesiinduktion. Undantag anestesitid under 30 min.
- 2 timmar efter senaste bladderscan/blåstömning.

Upp till 150 % av blåsvolymen kan accepteras innan tappning (max 500 ml). Beakta den postoperativa tiden då barn ofta sover vidare på UVA och initialt ej störs med bladderscan och blåsan därmed fylls ytterligare.

Beslut om eventuell tappning/KAD på barn fattas av ansvarig anestesiläkare. Operation- eller anesthesisjuksköterskan ansvarar för kateterisering på barn. Uppgiften får delegeras till undersköterska med kompetens för uppgiften.

För utförande av KAD/urintappning, se nedan.

## På uppvakningsavdelningen

Bladderscan kontrolleras

4 timmar efter senast kända miktion, därefter en gång i timmen tills blåsan är tömd.

Om barnet är oroligt utan annan orsak (yngre barn och funktionsnedsatta patienter kan ha svårt att förmedla behov av blåstömning).

Vid 100 % av blåskapacitet: Patienten ombeds kissa eller överväg tappning.

Vid 150 % av blåskapacitet: Absolut indikation för tappning eller katetersättning.

## På IVA och IMA

Flertalet patienter som läggs in på IVA och IMA erhåller en KAD vid ankomst. För de barn som ej har KAD ska urinblåsefunktion kontrolleras. Det görs genom att mäta något av följande:

- Vattenkastning. Dusch eller bad kan få barn att lättare tömma blåsan.
- Väga våt blöja. Väg blöjan **innan** användning. När du sedan byter blöja väger du den igen, dra av vikten på blöjan så får du fram hur mycket barnet har kissat: 1 g = 1 ml.  
4 timmar efter senast kända miktion, därefter en gång i timmen tills blåsan är tömd.

## Utförande av urintappning/KAD barn

Beslut om eventuell tappning/KAD på barn fattas av ansvarig anestesiläkare. Innan barnet urintappas eller får en KAD ska kontroll göras att barnet inte har opererat urogenitalregionen eller har urinrörsmisbildningar.

Vid behov av hjälp med tappning/KAD kan barnavdelningen rådfrågas. Vid svårigheter att urintappa eller sätta KAD kontaktas kirurgjour alt. urologjour.

## Bedövning

Xylocaingel 2% används på kateter och i urinröret.

Maxdos xylocain är 6 mg/kg.

<b>Vikt</b>	<b>Xylocain 2 % (10 ml)</b>
15 kg	1/2 tub gel
30 kg	1 tub gel

### Kateterstorlek

<b>Ålder</b>	<b>Urinkateter</b>
6–12 mån	nr 6 (kuff 1,5 ml)
1–6 år	nr 8 (kuff 3 ml)
7–12 år	nr 8 – 10 (kuff 3 ml)
13–16 år	nr 10 – 12 (kuff 5 ml)

### Urintappning

Aseptisk teknik: Katetern hålls steril vid införandet genom att använda sterila handskar eller steril pincett.

1. Tvätta med hibiscrub eller klorhexidinlösning 2 mg/ml.
2. Använd tappningskateter eller silikonkateter för kvarliggande kateter.
3. Applicera Xylocaingel 2 % på katetern och i urinröret. Håll en kompress mot urinröret för att gelen inte ska rinna ut. Låt verka 3 min.
4. För in tappningskateter, **forcera aldrig**. Låt urinen rinna ut passivt.
5. Vid svårigheter att föra in katetern använd mer gel.

### KAD

Aseptisk teknik: Katetern hålls steril vid införandet genom att använda sterila handskar eller steril pincett.

1. Tvätta med hibiscrub eller klorhexidinlösning 2 mg/ml.
2. Silikonkateter för kvarliggande urinkateter.

3. Applicera Xylocaingel 2 % på katetern och i urinröret. Håll en kompress mot urinröret för att gelen inte ska rinna ut. Låt verka 3 min.
4. Kateterstorlek Ch 6-10 har en ledare som backas successivt samtidigt som man för in katetern genom urinröret. Utförare och assistent samarbetar.
5. För in katetern med god marginal försiktig. **Forcera aldrig.**
6. Vid svårigheter att föra in katetern använd mer gel.
7. Vänta tills urin kommer, aspirera inte.
8. Vid misstanke om otillräcklig volym i blåsan eller gel som täpper till katetern, spola med 5 ml NaCl och låt det rinna ut.
9. Kuffa med den förfyllda sprutan som finns i förpackningen.
10. Kontrollera att katetern är rörlig (kuffen ligger fritt i blåsan) efter att den kuffats.
11. Vid tveksamt kateterläge får katetern **EJ KUFFAS** utan ska fixeras med tejp.
12. Fixera kateterslangen mot magen på rörliga barn.
13. Dokumentera kateterstorlek, mängd vatten i kuffen och om svårigheter uppstått.

## Källförteckning

[Kateterisering av urinblåsa - Vårdhandboken](#)

[KAD-sättning och urintappning, Barn Sahlgrenska](#)

[Vem får sätta urinkateter? För hälso- och sjukvården. - Socialstyrelsen](#)

Crigger, C., Kuzbel, J., Al-Omar, O. (2021). Choosing the right catheter for pediatric procedures: Patient considerations and preference.

*Research and Reports in Urology*, 28(13),185-195

**Vi som har skrivit rutinen är:**

Cecilia Vendelsjö, Anestesisjuksköterska Operation NÄL

Sofia Berglund, Teamledare IVA Näl

Helena Liwenborg, IVA-sjuksköterska UVA Näl

**Ansvariga:**

Lars Brühne, (larbr6), Anestesiläkare

Katarina Strid, (katst), Anestesiläkare

**Medgranskare:**

Katarina Strid, (katst), Anestesiläkare

Johanna Fällén, (johfa11), Anestesiläkare

Elisabeth Casinge, (elica), Anestesiläkare

Birgitta Andersson, (biran59), Anestesisjuksköterska Operation Uddevalla

Christopher Hellberg, (chrhe35), Anestesisjuksköterska Operation Näl

Ann-Christine Borg, (annbo47) IVA-sjuksköterska IVA Näl

Anna Suslova Olsson, (annol196), Sjuksköterska UVA Uddevalla

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Anestesi- operation- intensivvård

**Innehållsansvar:** Cecilia Vendelsjö, (cecve4),  
Anestesisjuksköterska

**Godkänd av:** Lars Brühne, (larbr6), Överläkare

**Dokument-ID:** NU10033-158836868-147

**Version:** 1.0

**Giltig från:** 2025-12-09

**Giltig till:** 2027-12-09